

IL TUMORE DEL RENE

Epidemiologia ed eziologia

Il tumore del rene rappresenta la nona neoplasia maligna più comune; in Europa, recentemente c'è stato un aumento annuale dell'incidenza nel mondo di circa il 2%. Nel 2008 in Europa ci sono stati 88 400 nuovi casi e 39 300 morti correlate al carcinoma a cellule renali. Il carcinoma a cellule renali presenta un rapporto d'incidenza uomo donna di 1,5 : 1 con un picco tra i 60 e i 70 anni. Tra i fattori di rischio si trovano abitudini di vita come il fumo, l'obesità e l'ipertensione arteriosa. È presente anche un certo grado di ereditarietà: avere un parente di primo grado affetto da carcinoma renale si associa a un aumentato rischio. Tumori ereditari possono essere ritrovati all'interno delle seguenti entità cliniche: la sindrome di von Hippel-Lindau, carcinoma a cellule renali ereditario di tipo papillare, sindrome di Birt-Hogg-Dube, leiomiomatosi ereditaria, sclerosi tuberosa.

Sintomi e diagnosi

La maggior parte dei carcinomi renali rimane asintomatica e oggi la più frequente diagnosi è quella incidentale, correlata al sempre più frequente ricorso a indagini strumentali per sintomi non riferibili alla neoplasia. Sicuramente poco frequenti sono segni e sintomi come dolore al fianco, macroematuria, massa addominale palpabile e sindromi paraneoplastiche o sintomi dovuti alla malattia metastatica.

Indagini radiologiche

L'attuale approccio per il riconoscimento e la caratterizzazione

delle masse renali è costituito dagli ultrasuoni (ecografia), dalla tomografia assiale computerizzata (TAC) o dalla risonanza magnetica. Queste indagini vengono utilizzate per distinguere le masse cistiche da quelle solide e tra quest'ultime, le masse maligne da quelle benigne. La TAC addominale e del torace fornisce informazioni sull'estensione del tumore primario, sulla morfologia del rene controlaterale e permette di identificare eventuali metastasi. Una TAC encefalo o una scintigrafia ossea sono indicate solo se sono presenti sintomi o dati di laboratorio che indichino la presenza di metastasi in queste sedi.

Diagnosi istologica

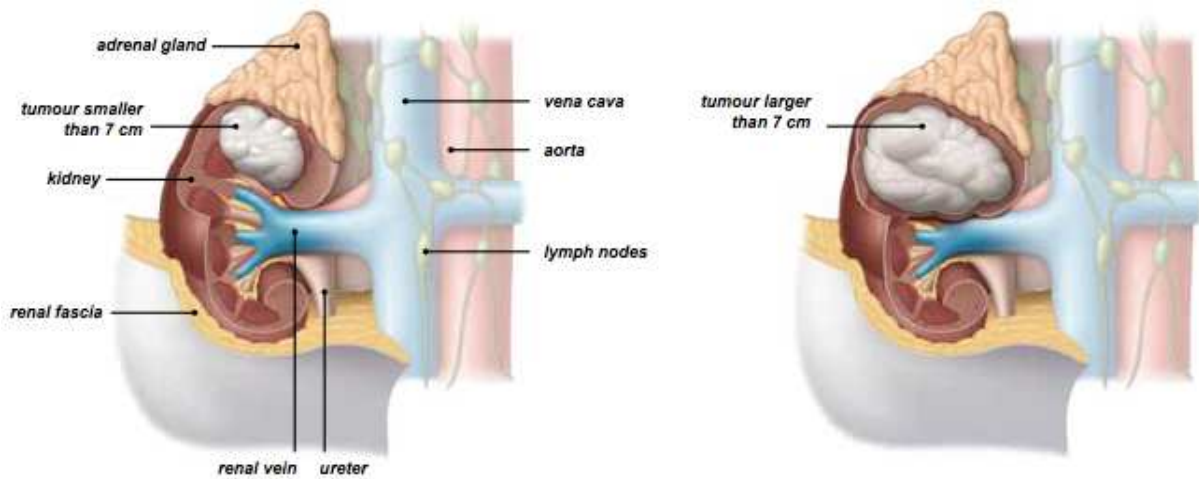
Il carcinoma a cellule renali è la più comune lesione solida del rene e costituisce circa il 90% delle neoplasie renali maligne. La classificazione istologica di Fuhrman è il sistema più comunemente accettato per descrivere il grado istologico. In accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono descritti 3 principali tipi istologici: il carcinoma renale a cellule chiare (80-90%), il carcinoma renale di tipo papillare (10-15%) e quello di tipo cromofobo (4-5%).

Classificazione

La stadiazione tumorale indica quanto il tumore sia avanzato e l'eventuale presenza di metastasi nelle ghiandole linfonodali o in altri organi.

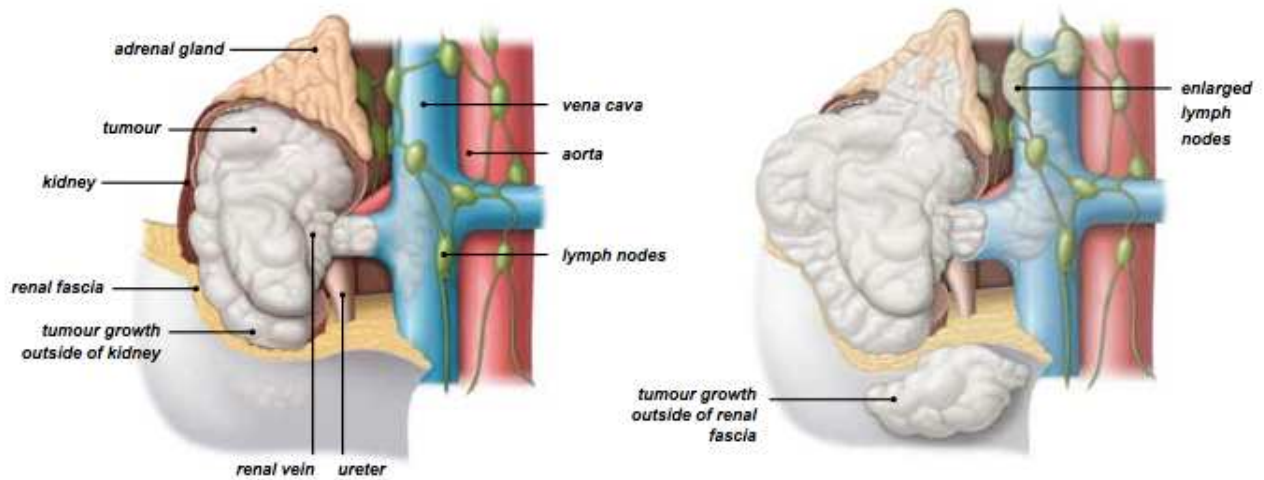
La stadiazione tumorale renale si basa sulla classificazione TNM (*Tumor Node Metastasis*).

Le immagini illustrano i diversi stadi.



A sinistra: Stadio I: tumore inferiore ai 7 cm di diametro, limitato al rene

A destra: Stadio II: tumore limitato al rene ma superiore a 7 cm di diametro



A sinistra: Stadio III: tumore che coinvolge la vena renale, il grasso attorno al rene o la vena cava

A destra: Stadio IV: tumore esteso oltre il rene, al di là della fascia renale e nella ghiandola surrenale

Chirurgia

L'approccio chirurgico è l'unica strategia curativa per il carcinoma renale. La chirurgia nephron-sparing (o di preservazione parziale del rene) per il carcinoma localizzato presenta esiti terapeutici paragonabili alla chirurgia radicale di asportazione del rene in toto ed è generalmente raccomandata per tumori allo stadio T1 (figura 1), ma è un'opzione che può essere considerata anche per tumori allo stadio T2 (figura 2): le indicazioni per questa tecnica stanno aumentando e viene sempre più utilizzata nella pratica clinica. La chirurgia conservativa non è adeguata per pazienti che presentano un tumore con crescita locale avanzata, posizione sfavorevole e/o un deterioramento significativo dello stato di salute; in queste situazioni la terapia rimane la chirurgia radicale a cielo aperto o laparoscopica. L'asportazione dei linfonodi loco-regionali non sembra migliorare la sopravvivenza a lungo termine, a scopo stadiativo la dissezione può essere limitata ai linfonodi ilari (vicini al rene). Le indicazioni per la chirurgia conservativa possono essere: assolute per il paziente con un monorene anatomico o funzionale; relative quando il rene controlaterale è affetto da una condizione che può portare a un futuro peggioramento della funzione renale; elettive in presenza di un rene sano controlaterale. Un'altra indicazione è il paziente affetto da un carcinoma ereditario che presenta un rischio aumentato di avere altri tumori renali.

Paragonata alla nefrectomia radicale, la tecnica conservativa permette di preservare la funzione renale, diminuisce la mortalità complessiva e riduce la frequenza di eventi cardiovascolari.

La nefrectomia parziale comporta un tasso più alto di complicanze e un aumentato rischio di recidiva locale rispetto alla chirurgia radicale, ma se il tumore è resecato completamente lo spessore del margine chirurgico non incide sulla probabilità di recidiva locale.

Nei pazienti metastatici oggi la terapia, sta facendo degli enormi passi avanti, infatti poiché questo tumore è resistente ai chemioterapici classici, sono stati usati, negli anni, sempre nuovi farmaci, e si è passato dalla terapia immunologica con interferone alfa ed interleuchina 2, alla attualissima Targeted therapy con farmaci biologici, che vanno a colpire specificamente le cellule tumorali renali; quelli che danno i risultati migliori oggi sono il Sunitinib, il Sorafenib e il Bevacizumab.